

INFORME DE CAMBIOS

NOMBRE DEL CASO	NÚMERO DE CASO
NOMBRE DEL TRABAJADOR	LOCALIDAD
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA AGENCIA	
PERIODO DE CERTIFICACIÓN	TAMAÑO DE SU VIVIENDA

Debe notificar los cambios que ocurren en su vivienda para garantizar que el monto de su beneficio del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) sea correcto. Puede usar este formulario para notificar los cambios que aparecen más adelante sobre el caso de su SNAP o TANF. También puede notificar los cambios en línea en <https://commonhelp.virginia.gov/access/>. Notifique los cambios dentro de los 10 días siguientes después de que ocurran, pero no posterior al 10° día del mes. Si no notifica los cambios, tendrá que volver a pagar los beneficios que recibió incorrectamente o podrá ser multado o enjuiciado.

Puede comunicarse conmigo a través del número que aparece en la parte de arriba si necesita ayuda para completar este formulario.

Por favor anote los cambios en la próxima página. Por favor, suministre prueba si se produce algún cambio.

• **Si recibe la TANF, díganos si:**

- Su dirección cambia;
- Un niño, incluso un recién nacido, o el padre, o la madre de un niño, ingresa o sale de un hogar;
- Hay cambios que pueden afectar su participación en la Iniciativa de Virginia para Empleo sin Protección (Virginia Initiative for Employment not Welfare, VIEW) como cambios en los ingresos, empleo, educación, capacitación, transporte y cuidado de niños; o
- Todo el ingreso de su grupo familiar, antes de impuesto, supera el límite según el gráfico que se encuentra más adelante.

Los cambios que se deben notificar durante el periodo de certificación del SNAP dependen de la duración del periodo de certificación. La “Notificación simplificada” aplica para grupos familiares que son elegibles para recibir beneficios del SNAP durante cinco (5) meses o más. La “Notificación de cambios” aplica para grupos familiares elegibles para recibir beneficios del SNAP desde uno (1) hasta cuatro (4) meses.

• **Notificación simplificada del SNAP (certificado cinco meses en adelante), notifiquenos si:**

- Todo el ingreso de su grupo familiar, antes de impuesto, supera el límite según el gráfico que se encuentra más adelante.
- El número de horas laborales se ubica por debajo de 20 a la semana para personas entre 18 y 50 años de edad si no hay niños en la casa.

• **Notificación de cambios del SNAP (certificado por cuatro meses o menos), notifiquenos si:**

- Hay un cambio en el número de personas en su grupo familiar;
- Su dirección cambia, incluso los gastos de alojamiento que cambian como resultado de la mudanza;
- La obligación de pagar la manutención del niño cambia o el monto que se paga a alguien fuera del grupo familiar cambia;
- Sus recursos disponibles, como cuentas bancarias, efectivo, bonos, etc. son de \$2,250 o \$3,500*;
- El número de horas laborales se ubica por debajo de 20 a la semana para personas entre 18 y 50 años de edad si no hay niños en la casa; o
- Hay cambios en los ingresos:
 - Hay cambios en los ingresos no devengados de más de \$50 por fuente de ingresos como el Seguro Social, la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), pensiones, etc.;
 - Hay cambios en los ingresos devengados de más de \$100 por dinero recibido del trabajo;
 - Usted comienza o finaliza un trabajo; o
 - Su trabajo cambia de tiempo completo a medio tiempo o viceversa.

Gráfico de ingresos brutos

Número de personas en su vivienda	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes
1	\$ 1,316	\$ 306.05	\$ 612.09	\$ 658.00
2	1,784	414.88	829.77	892.00
3	2,252	523.72	1,047.44	1,126.00
4	2,720	632.55	1,265.12	1,360.00
5	3,188	741.40	1,482.79	1,594.00
6	3,656	850.23	1,700.47	1,828.00
7	4,124	959.07	1,918.14	2,062.00
8	4,592	1,067.91	2,135.81	2,296.00
Para cada miembro adicional, agregue	+468.00	+ 108.84	+217.67	+ 234.00

Estos montos son válidos hasta el 30 sep 2019

Sume los ingresos brutos de todas las personas en su vivienda. Total de nuevos ingresos \$ _____

Esta institución respeta la igualdad de oportunidades.

DETALLES DE LOS CAMBIOS QUE HAN OCURRIDO

CAMBIO EN EL NÚMERO DE PERSONAS DE SU GRUPO FAMILIAR

¿ALGUIEN SE HA MUDADO A LA VIVIENDA?

Nombre	Fecha de la mudanza	Relación con usted	Número de Seguro Social
Fecha de nacimiento	Raza (no obligatorio)	Sexo	Estado civil
¿Usted es ciudadano estadounidense? Sí () No ()	Si es extranjero, suministre número de extranjero y fecha de ingreso	Último grado escolar finalizado	¿Está actualmente en la escuela? Sí () No ()

¿ALGUIEN SE HA MUDADO DE LA VIVIENDA?

Nombre	Fecha de la mudanza	Nombre	Fecha de la mudanza
--------	---------------------	--------	---------------------

CAMBIO DE DIRECCIÓN

Nueva dirección (calle, número de apto.)	Ciudad, estado, código postal
------------------------------------------	-------------------------------

CAMBIO EN LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO COMO RESULTADO DE LA MUDANZA

Alquiler o hipoteca \$ por	Impuestos a la propiedad \$ por	Seguro del propietario de la vivienda \$ por	Electricidad \$ por
Gas \$ por	Petróleo \$ por	Querosén, carbón, madera, etc. Enumere y suministre los montos	
Agua/alcantarillado \$ por	Basura \$ por	Teléfono (solo servicio básico) \$ por	Tarifas de instalación \$ por

CAMBIO EN LA MANUTENCIÓN LEGAL OBLIGATORIA PARA UN NIÑO PAGADA A OTRO GRUPO FAMILIAR

Persona que paga el apoyo	Persona que recibe el apoyo	Monto legal obligatorio \$ por	Monto pagado \$ por
---------------------------	-----------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------

CAMBIO EN SUS RECURSOS DISPONIBLES, COMO EFECTIVO, CUENTAS BANCARIAS, BONOS, ETC. QUE ALCANZAN O SUPERAN \$2,250 O \$3,500* (*el monto de \$3,500 aplica solo si hay alguien en su grupo familiar que tiene 60 años de edad o más o que tiene una discapacidad permanente).

Nombre	Tipo de cuenta	Saldo
--------	----------------	-------

CAMBIO EN EL NÚMERO DE HORAS LABORALES SE UBICA POR DEBAJO DE 20 A LA SEMANA PARA PERSONAS ENTRE 18 Y 50 AÑOS DE EDAD SI NO HAY NIÑOS EN LA CASA.

Nombre	Número de horas laborales
--------	---------------------------

CAMBIO EN LOS INGRESOS

HAY CAMBIOS EN LOS INGRESOS NO DEVENGADOS DE MÁS DE \$50 (por fuente de ingresos como el Seguro Social, la SSI, pensiones, etc.).

NOMBRE	TIPO DE INGRESO	MONTO
--------	-----------------	-------

CAMBIO EN LOS INGRESOS DEVENGADOS DE MÁS DE \$100 (dinero recibido del trabajo)

NOMBRE	TIPO DE INGRESO	MONTO
--------	-----------------	-------

¿USTED HA COMENZADO O FINALIZADO UN TRABAJO?

NOMBRE	EMPLEADOR	FECHA DE INICIO/FINALIZACIÓN
		NÚMERO DE HORAS SI SE COMENZÓ

¿ALGUNA VEZ HA CAMBIADO DE TIEMPO COMPLETO A TIEMPO PARCIAL O VICEVERSA?

NOMBRE	EMPLEADOR	NÚMERO DE HORAS
--------	-----------	-----------------

OTROS CAMBIOS

Persona que llena este formulario

Fecha